

# 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도 변화궤적 및 영향요인

안 중근<sup>1</sup> | 최 희 승<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> 서울대학교

\* 교신저자: 최희승 (hchoi20@snu.ac.kr)

## 초 록

본 연구는 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적과 이에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 하였다. 이에 고령화연구패널조사의 5차년도부터 7차년도까지의 자료를 활용하여 45세 이상 중고령 만성질환자 3,873명을 대상으로 다변량 잠재성장모형 분석을 시행하였다. 시간의 경과에 따라 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용과 삶의 만족도는 증가하는 양상을 보인 반면, 주관적 건강 상태는 감소하는 양상을 보였다. 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 초깃값에 공통적으로 영향을 미치는 요인은 주관적 계층의식, 우울 수준, 만성질환 개수, 일상생활 수행능력, 통증 수준이었으며, 변화율에 영향을 미치는 공통요인은 통증 수준이었다. 또한, 경제활동 참여는 중고령 만성질환자의 주관적 건강 상태와 삶의 만족도를 지속적으로 높였다. 따라서 본 연구를 바탕으로 중고령 만성질환자의 삶의 질 개선을 위한 중재 방안의 모색이 다각적으로 진행될 필요가 있다.

**주요 용어:** 노년기, 만성질환, 중년기, 잠재성장모형, 종단연구

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 우리나라 사망 원인 중 대다수가 만성질환에 의한 것이며, 평균 수명이 늘어남에 따라 노인인구가 증가하여 만성질환에 대한 관심을 기울여야 한다. 따라서 국내 45세 이상의 중고령 만성질환자들의 의료서비스 이용 횟수, 개인이 느끼는 건강 상태, 삶의 만족도가 시간이 지나면서 어떻게 변화하는지를 살펴보고, 이러한 변화에 영향을 주는 요인을 파악하고자 하였다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 3,873명의 중고령 만성질환자를 살펴본 결과, 시간이 흐르면서 의료서비스 이용 횟수와 삶의 만족도는 증가하였으나 주관적 건강 상태는 감소하여 자신의 건강을 점차 부정적으로 인식하는 경향을 보였다. 특히 개인의 통증 수준은 의료서비스 이용 횟수, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도의 변화에 모두 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 우리나라의 고령화 진행 속도는 빠르다. 앞으로 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용은 급격하게 증가할 것이며, 이는 개인과 사회의 여러 측면에 있어 변화를 가져올 것이다. 따라서 중고령 만성질환자의 의료비 부담을 줄이고, 건강 관련 삶의 질을 높이기 위한 다양한 접근이 필요함을 제언하였다.

본 논문은 교육부 및 한국연구재단의 BK21 4단계 사업(미래간호인재양성사업단)의 지원을 받았음.

- 투 고 일: 2023. 01. 30.
- 수 정 일: 2023. 05. 05.
- 게재확정일: 2023. 05. 11.

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

2018년에 발표한 WHO(World Health Organization) 보고에 의하면 전 세계 사망 원인의 약 71%가 만성질환으로 인한 것으로 나타났으며, 우리나라는 만성질환으로 인한 사망이 전체의 84%를 차지하여 전 세계 평균보다 높은 수준이다(WHO, 2018). 특히 우리나라 사망 원인 상위 10개 중 7개가 만성질환에 의한 것이며, 평균 수명의 연장으로 노인인구가 지속적으로 증가함에 따라 만성질환에 대한 사회경제적 부담은 늘어날 것으로 전망된다(조경숙, 2021; 질병관리청, 2021. 1. 26).

외래민감성질환(Ambulatory Care Sensitive Condition, ACSC)에 해당하는 고혈압, 당뇨, 만성 폐쇄성 폐질환 및 천식은 외래 기반의 적정관리가 중요한 질환임에도 불구하고 1인당 연간 평균 내원 일수가 감소하는 것으로 나타났다(질병관리청, 2021. 1. 26). 또한, 최근 코로나19 팬데믹으로 인하여 만성질환을 앓고 있는 기저질환자의 치사율이 높은 것으로 보고되며(van Gerwen et al., 2021) 개인 및 사회적 측면에 있어 만성질환에 대한 관리의 중요성이 대두되고 있다. 국내에서도 만성질환 발병 초기부터 동네의원 중심의 지속적이고 포괄적인 관리체계를 구축하여 만성질환자의 건강수명 연장에 기여하고자 일차의료 만성질환관리사업이 2019년부터 시행되어 왔다(보건복지부, 2021).

주관적 건강 상태는 개인의 전반적인 건강 수준을 나타내며 유병률, 사망률 및 의료서비스 이용과 밀접한 관련성이 있어 인구 집단의 건강 상태를 측정하는 지표로 활용된다(Tamayo-Fonseca et al., 2015). 한국의 기대수명은 OECD 평균보다 높은 수준이지만 주관적 건강 상태는 최하위권 수준으로 확인되었으며(OECD, 2022), 연령대가 높아지거나 이환된 만성질환의 증가로 의료서비스 이용 횟수가 많아질수록 주관적 건강 상태를 나쁘게 인식하는 것으로 나타났다(Ge, Ong, Yap, & Heng, 2019).

삶의 만족도는 일정하게 유지되는 것이 아니라 개인이 처한 구체적인 상황에 따라 변화할 수 있으며, 개인의 주관적인 감정에서 나오는 삶의 질에 대한 전반적인 평가로 간주된다(Aishvarya, Maniam, Karuthan, Sidi, Jaafar, & Oei, 2014; Wang et al., 2018). 2020년 세계행복보고서(World Happiness

Report)를 통해 보고된 한국인의 삶에 대한 만족도는 153개국 중 61위에 머무르며, 경제 수준에 비하여 삶의 만족도가 낮은 국가이다(Helliwell, Huang, Wang & Norton, 2020). 연령이 증가할수록 삶의 만족도가 지속적으로 감소하는 경향을 보이고(심수진, 2018), 주관적 건강 상태가 삶의 만족도에 유의미한 영향을 미치는 요인으로 확인되었다(Kim & Sok, 2012).

중고령 만성질환자나 노인을 대상으로 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도의 관계를 살펴본 횡단적 연구 또는 각 변수의 변화궤적 양상을 종단적으로 살펴본 선행연구를 통해 시간이 흐를수록 노년층의 의료서비스 이용은 증가하는 반면, 주관적 건강 상태와 삶의 만족도는 감소하는 양상을 보이는 것으로 밝혀졌다(강상경, 2010; 허원구, 2017; Kim, 2018). 그러나 대다수의 연구가 노년층에만 국한되었으며, 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도의 변화궤적 간 상호관계를 파악한 연구는 미비한 실정이다. 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도는 상호 영향을 미치는 개념이므로 중고령 만성질환자에서 이들 변수의 변화궤적 간 관계를 파악할 필요성이 제기되며, 이를 통해 중재 방안과 예방을 위한 실천 전략의 방향성을 제시할 수 있다. 또한, 다변량 잠재성장모형(Multiple Latent Growth Model, MLGM)은 개인 및 집단 수준에서의 변화 크기를 추정하는 분석 방법으로 개인 내에서의 변화와 개인 간 변화 차이를 분석하는 데 용이하다(Bollen & Curran, 2006).

제4단계 앤더슨 행동모델은 건강 상태 결과를 포함하는 동적인 구조로서, 의료서비스 이용과 그에 따른 건강 상태에 대한 다양한 영향요인을 다루고 있다. 보건의료체계와 외부 환경은 인구학적 특성에 해당하는 소인요인, 기능요인, 욕구요인에 영향을 미치며, 이들은 개인의 건강 습관과 의료서비스 이용을 나타내는 건강행위, 건강 상태 및 소비자 만족도로 표현되는 결과에 상호작용하게 된다(Andersen, 1995). 이에 본 연구에서는 의료서비스 만족도, 건강 상태 및 치료 만족도, 건강관리 경험 등 보건의료 분야의 다양한 이론적 기틀로 사용되고 있는 제4단계 앤더슨 행동모델을 기반으로 '고령화연구 패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing, KLoS)'의 5차연도(2014년)부터 7차연도(2018년)까지의 자료를 활용하여 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적 간의 상호관계를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 검증하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적과 이에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적을 파악하고 변화궤적 간의 상호관계를 확인한다.

둘째, 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적의 영향요인을 확인한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적 간의 상호관계를 확인하고, 변수별 변화궤적에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 45세 이상의 중고령자를 대상으로 시행하고, 표본의 대표성이 인정되는 고령화연구패널조사의 5차연도(2014년)부터 7차연도(2018년)까지의 자료를 바탕으로 시행한 종단적 탐색연구이다.

### 2. 연구 자료 및 연구 대상

본 연구는 한국고용정보원에서 주관하는 고령화연구패널 조사의 5차연도부터 7차연도까지의 자료를 활용하여 분석하였다. 고령화연구패널조사는 제주도를 제외한 지역에 거주하는 국내 45세 이상의 중고령자를 대상으로 2006년부터 2년 단위로 조사를 진행하여 패널 자료가 구축되었다. 고령화연구패널조사는 중고령자만이 조사 대상에 포함되어 비교적 탈락률이 낮아 데이터의 활용성이 높으며, 관련 변수들에 대한 변화과정을 분석하기에 충분한 시점을 지니고 있다. 또한, 고령사회의 다각적 측면을 추적 조사하고자 시행되었으므로 중고령자와 관련된 다양한 변수들로 구성되어 있으며, 제주도를 제외한 전국 단위로 시행되었기에 연구 결과를 일반화하기에 적합하다. 이에 본 연구에서는 신규패널이 추가된 5차연도를 기준으로 하여 만성질환에 해당하는 고혈압, 당뇨병, 암 및 악

성종양, 만성 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염 및 류머티즘 중 한 가지 이상을 진단받은 자 가운데 5차(2014년), 6차(2016년), 7차(2018년)연도 조사에 모두 응답한 3,873명을 분석에 활용하였다.

## 3. 연구 도구

### 가. 의료서비스 이용

본 연구의 내생변수인 의료서비스 이용은 고령화연구패널 조사에서 제공하는 전년도 조사시점부터 해당 연도 조사시점 사이에 이용한 치과, 보건소, 한의원/한방병원, 기타 병/의원 외래진료 및 의료인 방문치료의 횟수를 사용하였다. 5차연도에서 7차연도까지 조사 연도별로 기록된 총 다섯 가지 형태의 진료에 대한 이용 횟수를 모두 합한 것을 각 시점에서의 의료서비스 이용으로 사용하되 의료서비스 이용의 분포가 정규분포의 범주를 벗어나 본 연구에서는 자연로그 변환을 시행하여 정규성을 확보한 상태로 최종 분석에 활용하였다.

### 나. 주관적 건강 상태

본 연구의 내생변수인 주관적 건강 상태는 “본인의 건강 상태에 대해 어떻게 생각하십니까?”라는 질문에 대해 ‘1=매우 좋음, 2=좋은 편, 3=보통, 4=나쁜 편, 5=매우 나쁨’의 Likert 5점 척도로 측정된 1개의 문항을 사용하였다. 본 연구에서는 해당 문항을 역채점하여 점수가 높을수록 본인의 주관적 건강 상태를 긍정적으로 인식하는 것을 의미한다.

### 다. 삶의 만족도

본 연구의 내생변수인 삶의 만족도는 다섯 가지의 측정 항목 중, 응답자의 혼인 상태 차이를 고려하여 배우자와의 관계 및 자녀와의 관계를 제외한 자신의 건강 상태, 자신의 경제 상태, 전반적인 삶의 질에 대하여 0점부터 100점까지 10점 단위로 측정된 세 가지 항목으로 구성하였다. 본 연구에서는 세 가지 측정 항목을 0점에서 10점으로 각각 변환하여 합산한 값을 삶의 만족도로 사용하였다. 따라서 본 연구에서 삶의 만족도는 0점에서 30점까지의 점수 분포를 가질 수 있으며, 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것을 의미한다.

## 라. 외생변수

본 연구에서 외생변수는 제4단계 앤더슨 행동모델을 바탕으로 소인요인, 가능요인, 욕구요인으로 구분하여 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적에 영향을 미치는 요인을 파악하였으며, 고령화연구패널조사 5차연도 자료를 중심으로 구성하였다.

소인요인에는 성별, 연령, 종교, 교육 수준, 배우자 유무, 주관적 계층의식을 포함하였다. 성별은 '여성(0)'과 '남성(1)'으로, 종교는 '종교 없음(0)'과 '종교 있음(1)'으로 더미변환(dummy transformation) 하였으며, 교육 수준은 '초등학교 졸업 이하(0)', '중학교 졸업(1)', '고등학교 졸업(2)', '대학교 졸업 이상(3)'으로 코딩하였다. 연령은 5차연도 시점의 나이를 사용하였으며, 배우자 유무는 별거·이혼·사별·실종·미혼을 '배우자 없음(0)'과 혼인으로 인하여 현재 배우자가 있는 경우를 '배우자 있음(1)'으로 더미변환하였다. 주관적 계층의식은 응답자가 생각하는 본인의 사회경제적 지위에 대한 질문에 Likert 6점 척도로 응답한 1개의 질문을 사용하였으며, 본 연구에서는 '하의 하(0)', '하의 상(1)', '중의 하(2)', '중의 상(3)', '상의 하(4)', '상의 상(5)'으로 역채점하였으며, 점수가 높을수록 주관적 계층의식이 높은 것을 의미한다.

가능요인에는 의료보장, 거주지역, 경제활동을 포함하였으며, 의료보장은 '국민건강보험(0)', '의료급여(1)'로, 거주지역의 경우에는 대도시, 중소도시, 읍면부 각각의 경우를 구별하기 위하여 중소도시와 읍면부 응답자에 해당하는 더미 변수를 각각 생성하여 분석하였다. 경제활동은 '비경제활동(0)'과 '경제활동(1)'으로 더미변환하였다.

욕구요인에는 우울 수준, 통증 여부, 통증 수준, 만성질환 개수, 일상생활 수행능력을 포함하였다. 우울 수준은 고령화연구패널조사에서 실시한 CES-D-10(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-10, Boston form)의 총합을 그대로 사용하였으며, 점수 범위는 0점에서 10점으로 점수가 높을수록 응답자가 경험하는 우울 증상 정도가 높은 것을 의미한다. CES-D-10(Boston form)은 노인과 만성질환자를 대상으로 개발한 미국의 CES-D-20 문항을 축약 및 변안하여 사용되고 있으며, 역학 조사용 우울 증상 선별검사 척도로 활용되고 있다. 통증 여부는 현재 통증을 느끼는 부위(머리, 어깨, 팔, 손목, 손가락, 가슴, 배, 허리, 엉덩이, 다리, 무릎, 발목, 발가락) 가운데 한 가지라도 있다고 응답한 경우를 '통증 있음(1)'으로,

응답하지 않은 경우를 '통증 없음(0)'으로 더미변환하였다. 통증 수준은 부위별 통증에 대하여 '통증 없음(0)', '약간 통증(1)', '심한 통증(2)', '아주 심한 통증(3)'으로 코딩한 후, 각 부위에 대한 통증 점수를 모두 합한 값으로 사용하였으며, 점수가 높을수록 통증 수준이 높은 것을 의미한다. 만성질환 개수는 고혈압, 당뇨병, 암 및 악성종양, 만성 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 관절염 및 류머티즘 가운데 진단을 받았다고 응답한 질환의 개수를 의미한다. 일상생활 수행능력은 ADL(Activities of Daily Living) 지수를 사용하였다. ADL은 객관적인 건강 상태를 확인하고자 기본적인 일상생활 수행능력을 평가하는 것으로 옷 갈아입기, 세수·양치·머리 감기, 목욕 및 샤워하기, 식사하기, 방 밖으로 나가기, 화장실 이용하기 및 대소변 조절하기의 7가지 영역을 수행함에 있어 타인의 도움이 필요한지 여부를 측정하는 것을 의미한다. 점수 범위는 0점에서 7점으로 점수가 높을수록 일상생활을 수행함에 있어 타인의 도움이 필요한 것을 의미한다.

## 4. 자료 분석

본 연구에서는 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도 변화궤적의 상호관계를 검증하고 영향요인을 파악하고자 R 4.2.1(R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria)의 Lavaan package를 이용하여 질병관리청 복합표본설계 지침에 따라 다변량 잠재성장모형 분석을 시행하였다. 변화모형을 추정함에 있어 측정된 모든 정보를 활용하여 결측 자료의 특성을 고려하는 완전정보최대우도법(Full Information Maximum Likelihood, FIML)을 사용하였다(Arbuckle, Marcoulides & Schumacker, 1996). 모형 적합도는 절대적합지수에 해당하는  $\chi^2$ (Chi-square statistic), RMSEA(Root Mean Squared Error of Approximation)와 증분적합지수에 해당하는 TLI(Tucker-Lewis Index), CFI(Comparative Fit Index)를 이용하여 분석하였다.  $\chi^2$  통계량은 자료와 모형의 적합도를 절대적으로 평가하는 기준이나 표본의 크기에 영향을 받는다는 단점이 있다. RMSEA는 일반적으로 .05 이하이면 매우 좋음, .08 이하이면 양호함, .10 이하는 보통인 것으로 판단하며 표본의 크기에 영향을 가장 덜 받는다는 장점이 있다. TLI는 비표준적합지수로서 0~1 사이의 값을 보이지만 음수이거나 1을 초과할 수 있으며, 일반적으로 .90 이상이면 양호한 것으로 간주한다. CFI는 모델의 복잡성

에 대해 덜 민감하고 표본의 크기에 영향을 가장 적게 받는다는 장점이 있으며, 0~1 사이의 값을 가지고 .90 이상이면 양호한 것으로 간주한다(우종필, 2016).

### 5. 윤리적 고려

본 연구는 공개된 자료인 고령화연구패널조사 자료를 이용한 이차자료 분석 연구로서 서울대학교 생명윤리위원회로부터 심의 면제 승인을 받은 후 진행하였다(IRB No. E2104/001-001).

## III. 연구 결과

### 1. 연구 대상자의 특성

본 연구 대상자는 중고령 만성질환자 3,873명으로 남성이

1,476명(38.1%), 여성이 2,397명(61.9%)으로 여성의 비율이 높았으며, 평균 연령은 69.0±9.23세로 70~79세 연령대의 비율(35.0%)이 가장 높았다. 종교가 없는 경우는 전체의 54.4%를 차지하였고, 교육 수준의 비율은 초졸 이하(50.3%), 고졸(24.6%), 중졸(17.1%), 대졸 이상(7.9%) 순으로 나타났다. 현재 배우자가 있는 대상자의 비율은 전체의 74.1%였으며, 주관적 계층의식의 경우 상의 상(0.7%), 상의 하(2.0%), 중의 상(15.6%), 중의 하(34.4%), 하의 상(26.7%), 하의 하(20.6%)로 '중의 하로 응답한 비율이 가장 높았다. 거주지역의 경우, 대도시에 거주하는 대상자의 비율은 40.5%로 중소도시(33.3%), 읍면부(26.1%)에 비해 높은 것으로 나타났다. 의료보장의 경우, 국민건강보험 가입자는 전체의 94.0%를 차지하였으며, 경제활동에 참여하는 대상자는 33.8%로 확인되었다. 전체 대상자의 평균 우울 수준은 1.94±1.86점이었으며, 통증이 있는 비율은 전체의 70.2%로 확인되었다. 1인당 평균 만성질환 개수는 1.72±0.89개였으며, 일상생활 수행능력(ADL)의 평균은 0.13±0.81점으로 확인되었다(표 1).

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성

변수	구분	n	%	Mean ±SD
성별	남성	1,476	38.1	
	여성	2,397	61.9	
연령		3,873		69.0±9.23
연령대	51~59세	713	18.4	
	60~69세	1,278	33.0	
	70~79세	1,355	35.0	
	80~89세	493	12.7	
	90세 이상	34	0.8	
종교	종교 없음	2,107	54.4	
	종교 있음	1,766	45.6	
교육 수준	초등학교 졸업 이하	1,948	50.3	
	중학교 졸업	664	17.1	
	고등학교 졸업	954	24.6	
	대학교 졸업 이상	307	7.9	
배우자 유무	배우자 있음	2,868	74.1	
	배우자 없음	1,005	25.9	
주관적 계층의식	하의 하	799	20.6	
	하의 상	1,034	26.7	
	중의 하	1,330	34.4	
	중의 상	604	15.6	
	상의 하	79	2.0	
	상의 상	27	0.7	

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성(계속)

변수	구분	n	%	Mean ±SD
의료보장	국민건강보험	3,642	94.0	
	의료급여	231	6.0	
거주지역	대도시	1,570	40.5	
	중소도시	1,291	33.3	
	읍면부	1,012	26.1	
경제활동	비경제활동	2,562	66.2	
	경제활동	1,311	33.8	
우울 수준		3,873		1.94±1.86
통증 여부	통증 없음	1,156	29.8	
	통증 있음	2,717	70.2	
통증 수준		3,873		2.48±3.00
만성질환 개수		3,873		1.72±0.89
일상생활 수행능력		3,873		0.13±0.81

## 2. 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적

중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적을 알아보기 위하여 변수별로 무변화 모형과 선형변화모형의 적합도를 비교하였다. 외생변수의 효과를 고려하지 않았을 경우에는 선형변화모형보다 무변화모형의 적합도가 전반적으로 더 좋은 것으로 확인되었으나 무변화모형은 선형변화모형에 비하여  $\chi^2$  값이 크고, 실제 자료의 평균값에 변화가 나타났으므로 외생변수의 효과를 고려했을 때 이전에는 나타나지 않은 변화 양상이 새롭게 드러날 수 있는 가능성이 있다. 이에 본 연구는 모든 경우에서 선형변화모형을 가정하고 분석하였다. 선형변화모형의 적합도 분석 결과, 의료서비스 이용( $\chi^2=64.12$ , TLI=.90, CFI=.97, RMSEA=.13), 주관적 건강 상태( $\chi^2=0.30$ , TLI=1.00, CFI=.99, RMSEA=.01), 삶의 만족도( $\chi^2=42.83$ , TLI=.97, CFI=.99, RMSEA=.10) 모형의 적합도는 전반적으로 권장 기준에 부합하는 것으로 나타났다.

중고령 만성질환자의 의료서비스 이용 초깃값의 평균은 2.68( $p<.001$ ), 초깃값의 변량은 0.72( $p<.001$ )로 의료서비스 이용에 있어 개인차가 있는 것으로 확인되었으며, 의료서비스 이용 변화율의 평균은 0.03( $p=.002$ ), 변화율의 변량은 0.10( $p<.001$ )으로 측정기간에 따른 의료서비스 이용 횟수는 유의한 개인차를 보이며 점차 증가하는 것으로 나타났다. 주관적 건강 상태 초깃값의 평균은 2.79( $p<.001$ ), 변량은

0.42( $p<.001$ )로 나타나 주관적 건강 상태에 있어 유의미한 개인차가 있는 것으로 나타났고, 주관적 건강 상태 변화율의 평균은 -0.03( $p<.001$ ), 변화율의 변량은 0.05( $p<.001$ )로 확인되었다. 즉, 측정기간 동안 주관적 건강 상태는 유의한 개인차를 나타내며 점차 부정적으로 인식하는 변화 양상을 보였다. 삶의 만족도 초깃값의 평균은 16.63( $p<.001$ ), 초깃값의 변량은 17.80( $p<.001$ )로 나타나 삶의 만족도에 있어 개인 간 차이가 있는 것으로 나타났고, 변화율에서도 평균은 0.07( $p=.039$ ), 변량은 0.92( $p<.001$ )로 측정기간에 따른 삶의 만족도가 점차 증가하는 것으로 확인되었다(표 2).

## 3. 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적 간의 상호관계

중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적 간 상호관계를 파악하고자 종단적 상호 관련성을 분석하였고, 그 결과는 [그림 1]에 제시하였다. 각 변수 초깃값 간의 관계를 살펴보면, 의료서비스 이용과 주관적 건강 상태 초깃값은 유의미한 부적관계( $r=-.46$ ,  $p<.001$ )로 의료서비스 이용 횟수가 많을수록 주관적 건강 상태를 부정적으로 인식하였으며, 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 초깃값은 유의미한 정적관계( $r=.69$ ,  $p<.001$ )가 있는 것으로 확인되어 주관적 건강 상태를 긍정적으로 인식할수록 삶의 만족도가 높은 것으로 나타났다. 의료서비스 이용과 삶의 만족도

표 2. 무조건부 모형

		평균	표준오차	변량	모형적합도			
					$\chi^2$	TLI	CFI	RMSEA
의료서비스 이용	Intercept <sup>†</sup>	2.68***	0.02	0.72***	64.12	.90	.97	.13
	Slope <sup>†</sup>	0.03**	0.01	0.10***				
주관적 건강 상태	Intercept	2.79***	0.01	0.42***	0.30	1.00	.99	.01
	Slope	-0.03***	0.01	0.05***				
삶의 만족도	Intercept	16.63***	0.08	17.80***	42.83	.97	.99	.10
	Slope	0.07*	0.04	0.92***				

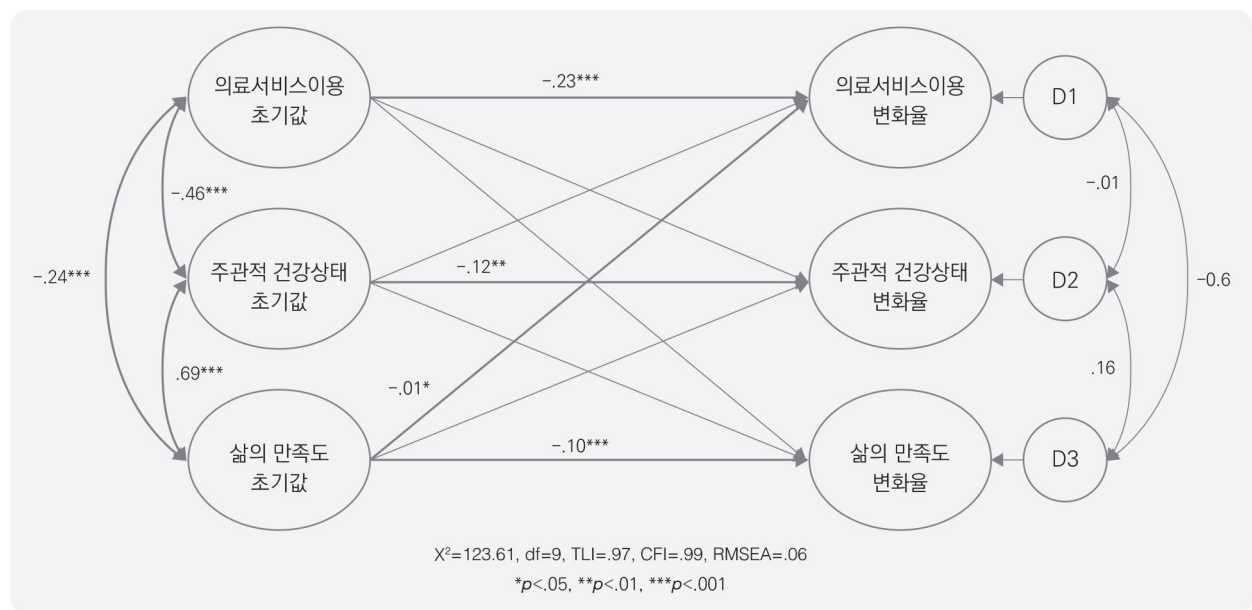
주: <sup>†</sup>Log transformation; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

초깃값은 유의미한 부적관계( $r = -.24, p < .001$ )로 의료서비스 이용 횟수가 많을수록 삶의 만족도가 낮은 것으로 나타났다.

의료서비스 이용의 초깃값과 변화율 간에는 유의미한 부적관계( $\beta = -.23, p < .001$ )가 있는 것으로 확인되어 초기 의료서비스 이용 횟수가 많은 중고령 만성질환자는 시간이 지남에 따라 의료서비스 이용 횟수의 증가가 느린 반면, 초기 의료서비스 이용 횟수가 적은 중고령 만성질환자는 시간이 흐를수록 의료서비스 이용 횟수의 증가가 빠른 것으로 나타났다. 의료서비스 이용 초깃값과 주관적 건강 상태 변화율 및 삶의 만족도 변화율 간에도 부적관계가 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다. 주관적 건강 상태 초깃값과 변화율 간에는 유의미한 부적관계( $\beta = -.12, p = .004$ )가 있는 것으로 확인되었다. 이

는 초기에 주관적 건강 상태가 높은 중고령 만성질환자는 시간이 지날수록 감소추세가 느리게 나타나는 반면, 초기 주관적 건강 상태를 낮게 인식하는 중고령 만성질환자는 더 빠른 감소를 보이는 것으로 나타났다. 삶의 만족도의 초깃값과 변화율 간에는 유의한 부적관계( $\beta = -.10, p < .001$ )로서 초기 삶의 만족도가 높은 중고령 만성질환자일수록 시간이 지남에 따라 삶의 만족도의 증가가 느린 것으로 나타났다. 또한, 삶의 만족도 초깃값은 의료서비스 이용 변화율과도 유의미한 부적관계( $\beta = -.01, p = .043$ )가 있는 것으로 나타나 삶의 만족도가 높은 중고령 만성질환자는 시간의 경과에 따라 의료서비스 이용이 느리게 증가하는 것으로 분석되었다.

그림 1. 변화귀적의 상호관계



주: D1, D2, D3=structural error

#### 4. 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적 영향요인

제4단계 앤더슨 행동모델을 이론적 기반으로 예측요인을 투입하여 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 모형의 적합도는  $\chi^2=239.58(df=54)$ , TLI=.97, CFI=.99, RMSEA=.03으로 나타나 권장 수준을 충족하는 것으로 확인되었다.

##### 가. 중고령 만성질환자 의료서비스 이용 변화궤적의 영향요인

의료서비스 이용의 초깃값과 변화율에 있어 소인요인에는 성별, 연령, 종교, 주관적 계층의식이, 가능요인에는 거주지역(중소도시, 읍면부)이, 욕구요인에는 우울 수준, 통증 수준, 만성질환 개수 및 일상생활 수행능력이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소인요인에서 성별은 의료서비스 이용 초깃값에 영향을 미치지 않았으나, 시간이 흐름에 따라 남성의 의료서비스 이용 횟수가 빠르게 증가( $\beta=0.05, p=.017$ )하는 것으로 나타났다. 연령이 많을수록( $\beta=0.01, p<.001$ ), 종교가 있을수록( $\beta=0.09, p=.007$ ) 초기 의료서비스 이용 횟수가 더 많았으나 시간의 흐름에 따른 변화율에는 차이가 없어 초기 의료서비스 이용의 높은 횟수가 측정기간 동안 그대로 유지되었다. 또한, 주관적 계층의식이 낮을수록 초기 의료서비스 이용 횟수가 많

은 것으로 나타났으나( $\beta=-0.07, p<.001$ ), 시간이 지날수록 주관적 계층의식이 높은 중고령 만성질환자가 계층의식이 낮은 만성질환자에 비하여 의료서비스 이용 횟수가 더 빠르게 증가( $\beta=0.04, p=.001$ )하는 것으로 확인되었다.

가능요인에서는 초깃값에 있어 대도시에 비하여 중소도시( $\beta=0.08, p=.028$ ) 및 읍면부( $\beta=0.13, p=.002$ )에 거주하는 경우 초기 의료서비스 이용이 더 많은 것으로 나타났다. 변화율에 있어 중소도시 거주자는 시간의 흐름에 따라 의료서비스 이용 횟수가 더 빠르게 증가( $\beta=0.06, p=.004$ )한 반면, 읍면부의 경우에는 유의한 영향을 미치지 않아 초기에 높았던 의료서비스 이용 횟수가 측정기간 동안 그대로 유지되었다.

욕구요인에서는 우울 수준이 높을수록 초기 의료서비스 이용 횟수가 높은 것( $\beta=0.04, p<.001$ )으로 나타났으며, 측정기간 동안에도 우울 수준이 높은 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용이 빠르게 증가( $\beta=0.01, p=.037$ )하는 것으로 확인되었다. 또한, 통증 수준이 높을수록 초기 의료서비스 이용이 더 많았으나( $\beta=0.05, p<.001$ ) 시간이 흐를수록 의료서비스 이용의 증가폭이 완만한 것( $\beta=-0.02, p<.001$ )으로 나타났으며, 이 환된 만성질환 개수가 많을수록 초기 의료서비스 이용이 더 많은( $\beta=0.13, p<.001$ ) 반면, 변화율에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 또한, 일상생활 수행능력에 타인의 도움이 필요하지 않을수록 초기 의료서비스 이용 횟수가 많았으며( $\beta=-0.14, p<.001$ ), 변화율에 있어 의료서비스 이용이 더 빠르게 증가하는 것( $\beta=-0.04, p=.001$ )으로 나타났다(표 3).

표 3. 중고령 만성질환자 의료서비스 이용 변화궤적의 영향요인

요인	변수	의료서비스 이용 초깃값				의료서비스 이용 변화율				
		Estimate	S.E	C.R.	p	Estimate	S.E	C.R.	p	
소인 요인	성별(ref.=여성)	0.02	.04	0.44	.662	0.05	.02	2.39	.017	
	연령	0.01	.00	3.74	<.001	0.00	.00	0.78	.438	
	종교(ref.=없음)	0.09	.03	2.70	.007	-0.03	.02	-1.42	.156	
	교육 수준	-0.03	.02	-1.59	.111	-0.01	.01	-0.87	.387	
	배우자 유무(ref.=없음)	-0.02	.04	-0.40	.688	0.02	.02	1.01	.313	
가능 요인	주관적 계층의식	-0.07	.02	-4.31	<.001	0.04	.01	3.25	.001	
	의료보장(ref.=국민건강보험)	0.05	.07	0.74	.460	-0.06	.04	-1.56	.119	
	거주지역(ref.=대도시)	중소도시	0.08	.04	2.20	.028	0.06	.02	2.89	.004
		읍면부	0.13	.04	3.16	.002	0.03	.02	1.36	.174
	경제활동(ref.=비경제활동)	-0.06	.04	-1.55	.122	0.01	.02	0.44	.663	



표 3. 중고령 만성질환자 의료서비스 이용 변화계적의 영향요인(계속)

요인	변수	의료서비스 이용 초깃값				의료서비스 이용 변화율			
		Estimate	S.E	C.R.	p	Estimate	S.E	C.R.	p
욕구 요인	우울 수준	0.04	.01	3.95	<.001	0.01	.01	2.09	.037
	통증 여부(ref.=없음)	0.07	.04	1.56	.119	0.00	.02	0.07	.942
	통증 수준	0.05	.01	7.13	<.001	-0.02	.00	-4.36	<.001
	만성질환 개수	0.13	.02	6.71	<.001	0.02	.01	1.51	.132
	일상생활 수행능력	-0.14	.02	-6.99	<.001	-0.04	.01	-3.19	.001
의료서비스 이용 초깃값						-0.24	.03	-9.49	<.001
주관적 건강 상태 초깃값						-0.00	.06	-0.04	.970
삶의 만족도 초깃값						-0.02	.01	-2.86	.004

주: ref.=reference group; S.E.=standard error; C.R.=critical ratio

**나. 중고령 만성질환자 주관적 건강 상태 변화계적의 영향요인**

주관적 건강 상태의 초깃값과 변화율에 있어 소인요인에는 성별, 연령, 종교, 교육 수준, 주관적 계층의식이, 가능요인에는 거주지역(중소도시) 및 경제활동이, 욕구요인에는 우울 수준, 통증 여부, 통증 수준, 만성질환 개수, 일상생활 수행능력이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소인요인에서는 여성보다 남성이( $\beta=0.06, p=.019$ ), 교육 수준이 높을수록( $\beta=0.04, p=.002$ ), 주관적 계층의식이 높을수록( $\beta=0.15, p<.001$ ) 초기 주관적 건강 상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 확인되었으나 시간에 따른 변화율에는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 연령이 많을수록 초기 자신의 건강 상태를 부정적으로 인식( $\beta=-0.01, p<.001$ )하였으며, 시간이 지남에 따른 변화율에 있어서 연령이 낮은 만성질환자일수록 주관적 건강 상태의 감소폭이 더 큰 것( $\beta=-0.01, p<.001$ )으로 나타났다. 종교는 주관적 건강 상태의 초깃값에 영향을 미치지 않았으나 종교가 있는 중고령 만성질환자일수록 시간이 흐름에 따라 주관적 건강 상태 감소추세가 더 빠르게 감소하는 것( $\beta=0.03, p=.049$ )으로 나타났다.

가능요인에서는 거주지역에 따른 주관적 건강 상태 초깃값에 차이가 없었으나 시간이 지남에 따라 중소도시에 비하여 대도시에 거주하는 중고령 만성질환자일수록 주관적 건강 상태의 감소폭이 더 큰 것( $\beta=-0.03, p=.048$ )으로 확인되었으며, 경제활동에 참여하는 중고령 만성질환자가 자신의 건강 상태를 긍정적으로 인식하는 것( $\beta=0.20, p<.001$ )으로 나타났으나 시간의 경과에 따른 변화율에는 영향을 미치지 않는 것으로 확인되어 측정기간 동안 초깃값의 격차가 그대로 유지되는 것

으로 확인되었다.

욕구요인에서는 우울 수준이 낮을수록( $\beta=-0.06, p<.001$ ), 통증이 없을수록( $\beta=-0.12, p<.001$ ), 통증 수준이 낮을수록( $\beta=-0.07, p<.001$ ), 이환된 만성질환의 개수가 적을수록( $\beta=-0.13, p<.001$ ), 일상생활을 수행함에 있어 타인의 도움이 필요하지 않을수록( $\beta=-0.12, p<.001$ ) 자신의 건강 상태를 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 우울 수준과 이환된 만성질환 개수, 일상생활 수행능력은 주관적 건강 상태의 변화율에는 유의한 영향을 미치지 않았던 반면, 통증이 있을수록( $\beta=0.04, p=.015$ ), 통증 수준이 높을수록( $\beta=0.01, p=.024$ ) 시간이 지남에 따라 주관적 건강 상태 감소추세가 더 빠르게 감소하는 것으로 확인되었다(표 4).

**다. 중고령 만성질환자 삶의 만족도 변화계적의 영향요인**

삶의 만족도의 초깃값과 변화율에 있어 소인요인에는 연령, 종교, 교육 수준, 주관적 계층의식이, 가능요인에는 의료보장, 거주지역(중소도시, 읍면부), 경제활동이, 욕구요인에는 우울 수준, 통증 여부, 통증 수준, 만성질환 개수 및 일상생활 수행능력이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소인요인에서 연령은 삶의 만족도 초깃값에 영향을 미치지 않았으나 연령이 낮을수록 시간의 흐름에 따라 삶의 만족도가 더 빠르게 증가하는 것( $\beta=-0.02, p<.001$ )으로 나타났다. 또한, 종교가 있을수록( $\beta=0.44, p<.001$ ), 교육 수준이 높을수록( $\beta=0.24, p=.001$ ), 주관적 계층의식이 높을수록( $\beta=1.96, p<.001$ ) 삶의 만족도 초깃값이 유의하게 높았으며, 교육 수준이 높은 중고령 만성질환자는 시간이 흐름에 따라 삶의 만족도의 증가추세가 더 빠

표 4. 중고령 만성질환자 주관적 건강 상태 변화궤적의 영향요인

요인	변수	주관적 건강 상태 초깃값				주관적 건강 상태 변화율				
		Estimate	S.E	C.R.	p	Estimate	S.E	C.R.	p	
소인 요인	성별(ref.=여성)	0.06	.03	2.34	.019	-0.01	.02	-0.67	.503	
	연령	-0.01	.00	-5.78	<.001	-0.01	.00	-6.29	<.001	
	종교(ref.=없음)	-0.04	.02	-1.82	.070	0.03	.01	1.96	.049	
	교육 수준	0.04	.01	3.13	.002	0.01	.01	0.82	.415	
	배우자 유무(ref.=없음)	-0.05	.03	-1.76	.079	-0.00	.02	-0.17	.863	
	주관적 계층의식	0.15	.01	14.26	<.001	0.01	.01	0.74	.458	
가능 요인	의료보장(ref.=국민건강보험)	-0.07	.05	-1.66	.098	-0.01	.03	-0.18	.858	
	거주지역(ref.=대도시)	중소도시	-0.01	.02	-0.55	.586	-0.03	.02	-1.98	.048
		읍면부	-0.03	.03	-0.93	.353	0.00	.02	0.07	.947
	경제활동(ref.=비경제활동)	0.20	.03	8.18	<.001	-0.03	.02	-1.80	.071	
욕구 요인	우울 수준	-0.06	.01	-10.78	<.001	0.00	.00	0.31	.757	
	통증 여부(ref.=없음)	-0.12	.03	-4.54	<.001	0.04	.02	2.44	.015	
	통증 수준	-0.07	.00	-16.39	<.001	0.01	.00	2.26	.024	
	만성질환 개수	-0.13	.01	-10.45	<.001	-0.01	.01	-1.01	.313	
	일상생활 수행능력	-0.12	.01	-9.33	<.001	0.01	.01	0.86	.392	
의료서비스 이용 초깃값						-0.02	.02	-1.05	.293	
주관적 건강 상태 초깃값						-0.11	.05	-2.10	.036	
삶의 만족도 초깃값						0.00	.01	0.32	.746	

주: ref.=reference group; S.E.=standard error; C.R.=critical ratio

르게 증가하는 것( $\beta=0.10, p=.012$ )으로 나타났다. 삶의 만족도 초깃값에 유의한 영향을 미쳤던 종교와 주관적 계층의식은 변화율에는 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다.

가능요인에서 의료보장의 경우, 국민건강보험 가입자에 비하여 의료급여 수급을 받는 중고령 만성질환자가 초기 삶의 만족도를 낮게 평가하는 것( $\beta=-1.92, p<.001$ )으로 나타났으며, 대도시에 비하여 중소도시( $\beta=0.33, p=.017$ )나 읍면부( $\beta=0.55, p<.001$ )에 거주할 경우 초기 삶의 만족도가 더 높은 것으로 확인되었다. 또한, 경제활동에 참여할수록 초기 삶의 만족도가 높게 측정되었으며( $\beta=0.88, p<.001$ ), 시간의 흐름에 따른 변화율에는 유의한 영향을 미치지 않아 초기 삶의 만족도 값의 격차가 측정기간 동안 그대로 유지되는 것으로 나

타났다.

욕구요인에서는 우울 수준이 높을수록( $\beta=-0.23, p<.001$ ), 통증이 있을수록( $\beta=-0.46, p=.003$ ), 통증 수준이 높을수록( $\beta=-0.30, p<.001$ ), 이환된 만성질환 개수가 많을수록( $\beta=-0.45, p<.001$ ), 일상생활 수행능력에 타인의 도움이 필요할수록( $\beta=-0.45, p<.001$ ) 중고령 만성질환자의 초기 삶의 만족도가 낮은 것으로 나타났다. 또한, 삶의 만족도 변화율에는 우울 수준, 통증 수준 및 일상생활 수행능력 정도가 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉, 우울 수준이 높을수록( $\beta=-0.06, p=.005$ ), 일상생활을 수행함에 있어 타인의 도움이 필요할수록( $\beta=-0.11, p=.030$ ) 시간 경과에 따른 삶의 만족도 증가폭이 둔화되는 것으로 나타난 반면, 통증 수준이 높을수록 삶의 만족

표 5. 중고령 만성질환자 삶의 만족도 변화궤적의 영향요인

요인	변수	삶의 만족도 초깃값				삶의 만족도 변화율			
		Estimate	S.E	C.R.	p	Estimate	S.E	C.R.	p
소인 요인	성별(ref.=여성)	0.24	.14	1.65	.099	0.02	.08	0.20	.843
	연령	-0.00	.01	-0.38	.706	-0.02	.01	-3.67	<.001
	종교(ref.=없음)	0.44	.12	3.66	<.001	-0.03	.07	-0.49	.625
	교육 수준	0.24	.07	3.37	.001	0.10	.04	2.52	.012
	배우자 유무 (ref.=없음)	0.08	.15	0.54	.591	-0.01	.08	-0.17	.868
	주관적 계층의식	1.96	.06	32.85	<.001	-0.03	.06	-0.48	.634

표 5. 중고령 만성질환자 삶의 만족도 변화궤적의 영향요인(계속)

요인	변수	삶의 만족도 초깃값				삶의 만족도 변화율				
		Estimate	S.E	C.R.	p	Estimate	S.E	C.R.	p	
가능 요인	의료보장(ref.=국민건강보험)	-1.92	.26	-7.46	<.001	-0.27	.15	-1.85	.064	
	거주지역(ref.=대도시)	중소도시	0.33	.14	2.39	.017	-0.02	.08	-0.29	.772
		읍면부	0.55	.15	3.60	<.001	-0.04	.09	-0.43	.671
	경제활동(ref.=비경제활동)	0.88	.14	6.23	<.001	0.06	.08	0.69	.488	
욕구 요인	우울 수준	-0.23	.03	-6.95	<.001	-0.06	.02	-2.80	.005	
	통증 여부(ref.=없음)	-0.46	.16	-2.99	.003	0.03	.09	0.29	.770	
	통증 수준	-0.30	.02	-12.32	<.001	0.04	.02	2.23	.026	
	만성질환 개수	-0.45	.07	-6.46	<.001	0.04	.04	0.82	.412	
	일상생활 수행능력	-0.45	.07	-6.15	<.001	-0.11	.05	-2.17	.030	
	의료서비스 이용 초깃값					-0.11	.09	-1.32	.188	
	주관적 건강 상태 초깃값					0.05	.23	0.23	.817	
	삶의 만족도 초깃값					-0.13	.03	-4.48	<.001	

주: ref.=reference group; S.E.=standard error; C.R.=critical ratio

도의 증가추세가 더 빠른 것( $\beta=0.04$ ,  $p=.026$ )으로 확인되었다(표 5).

#### IV. 논의

본 연구는 고령화연구패널조사 5차연도부터 7차연도까지의 자료를 활용하여 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적 양상과 변화궤적 간의 상호관계를 확인하고, 제4단계 앤더슨 행동모델을 바탕으로 변화궤적에 영향을 미치는 소인·가능·욕구요인을 파악하였다. 본 연구의 주요 결과 및 이를 바탕으로 제시된 논의는 다음과 같다.

중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도는 시간의 경과에 따라 선형적으로 유의하게 변화하는 양상을 보였으며, 변화에 있어 개인 간 차이가 있는 것으로 확인되었다. 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용 횟수와 삶의 만족도는 해당 조사기간 동안 유의하게 증가하는 양상을 보인 반면, 주관적 건강 상태는 유의하게 감소하는 것으로 나타나 시간이 지날수록 자신의 건강 상태를 부정적으로 인식하는 것으로 확인되었다. 또한, 각 변수 초깃값 간의 상관관계에 있어 주관적 건강 상태와 삶의 만족도는 유의한 정적 관계를 보였으나 나머지 변수들 간에는 유의한 부적관계가 있는 것으로 나타났다.

주관적 건강 상태는 외래 의료서비스 이용에 영향을 미치는 강력한 변인으로서, 노인이 자신의 건강 상태를 낮게 인식할수록 외래 의료서비스 이용이 더 높아지는 것으로 보고되며(이원식, 2018) 본 연구 결과를 지지하였다. 특히 만성질환을 많이 보유할수록 외래 및 입원 의료서비스 이용 횟수가 높아 지므로(이원식, 2018) 중고령 만성질환자를 대상으로 자가관리 능력을 향상시키는 프로그램과 보건소 중심의 만성질환 사례관리사업을 확충하여 만성질환의 악화를 예방해야 한다. 또한, 중고령 만성질환자를 대상으로 건강 상태에 대한 바른 이해를 도모할 수 있는 건강교육을 시행함으로써 잘못된 정보나 지나친 염려로 인한 불필요한 의료서비스 이용을 예방하여 궁극적으로 의료비 지출을 감소시키는 효과가 있으리라 생각된다. 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용과 삶의 만족도 초깃값 간에는 유의한 부적관계가 있는 것으로 나타나 노인의 외래 의료서비스 이용 횟수가 많을수록 삶의 만족도 수준이 낮다는 연구 결과를(전해숙, 강상경, 2011) 지지하였다. 본 연구에서는 의료서비스 이용을 외래서비스로 제한하였는데, 중고령 만성질환자가 외래서비스를 이용하는 과정에 있어 의료비 부담 및 건강 문제로 인한 스트레스뿐만 아니라 거동이 어려운 노인들은 외래서비스에 방문하는 자체가 불편감을 야기하여 삶의 만족도가 저하될 수 있다. 일반적으로 삶의 만족도 감소는 저하된 건강 상태와 관련된 것으로 알려져 있는데(Strine, Chapman, Balluz, Moriarty & Mokdad, 2008), 본 연구에서도 주관적 건강 상태와 삶의 만족도의 각 초깃값은

유의한 정적관계가 나타나 이를 지지하였다. 그러나 조사기간 동안 주관적 건강 상태는 점차 감소한 반면, 삶의 만족도는 증가한 것으로 확인되어 기존 선행연구와 상반된 결과가 나타났다. 이는 삶의 만족도를 측정함에 있어 자신의 삶에 대해 얼마나 만족하는지에 대해 단일 문항으로 확인한 기존 연구와는 달리 본 연구에서는 자신의 건강 상태, 경제 상태 및 전반적인 삶의 질을 측정하였다는 점에서 이러한 차이가 발생한 것으로 보인다. 경제 상태는 만성질환자의 삶의 만족도를 예측하는 주요한 요인으로 재정 지원 프로그램은 만성질환자의 삶의 만족도를 향상시킴에 있어 고려되어야 할 주요 우선순위이다(Siboni, Alimoradi, Atashi, Alipour & Khatooi, 2019). 본 연구 대상자의 94.0%가 의료급여가 아닌 국민건강보험에 가입하였으며, 33.9%가 현재 경제활동에 참여하고 있는 것으로 나타나 자신의 경제적 상태에 대해 비교적 긍정적으로 인식하여 삶의 만족도에 영향을 미칠 수 있는 가능성이 있다.

중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적의 상호관계에 있어 각 변수들의 초깃값과 변화율에는 유의한 부적관계가 있는 것으로 확인되었다. 즉, 시간이 지남에 따라 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도는 개인 간 격차가 줄어들어 평균화되는 것으로 나타났다. 이는 시간이 흐를수록 노인의 입원 이용일수에 있어 개인 간 격차가 줄어드는 것으로 나타난 연구(이현숙, 염영희, 2017)와 중고령자의 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 초깃값과 변화율 간에 유의한 부적 상관관계가 나타나 격차가 감소하는 연구(유재남, 2015)의 결과와 맥락을 같이하고 있다. 만성질환을 가진 개인은 우울증에 걸릴 확률이 상당히 높으며(Kilzieh, Rastam, Maziak & Ward, 2008), 만성질환과 우울증이 동반이환된 경우가 그렇지 않은 경우에 비하여 의료서비스를 이용할 확률이 유의하게 높은 것으로 나타났다(Lee & Lee, 2014; Puyat, Kazanjian, Wong & Goldner, 2017). 따라서 초기 의료서비스 이용이 높은 경우는 2개 이상의 만성질환에 동시에 이환된 복합만성질환자이거나 우울증에 동반이환된 중고령 만성질환자일 가능성이 있어 시간이 흐를수록 관리가 지속됨에 따라 의료서비스 이용의 증가폭이 크지 않은 것으로 생각된다. 반면, 만성질환을 처음 진단받았을 때는 복합만성질환이나 동반이환될 가능성이 적으므로 초기 의료서비스 이용 횟수가 적으나 시간이 흐를수록 동반질환이 증가하면서 의료서비스의 이용 또한 증가한 것으로 여겨진다. 이러한 중고령 만성질환자의 동반이환

이나 복합만성질환은 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 변화궤적에도 직접적으로 영향을 미치게 되어 시간 경과에 따라 개인 간 격차가 감소하여 평균화되는 현상이 나타나는 것으로 보인다. 또한, 본 연구 결과에 의하면 초기 삶의 만족도가 낮은 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용은 빠르게 증가하였으나 삶의 만족도가 높은 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용은 느리게 증가하여 삶의 만족도가 의료서비스 이용과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다. 의료서비스 이용 수준과 환자의 정서적 웰빙 사이에는 유의한 관계가 있어(Baernholdt, Hinton, Yan, Rose & Mattos, 2012) 높은 수준의 삶의 질은 의료서비스 이용 빈도를 낮춤으로써 만성질환자의 의료비용을 잠재적으로 줄일 수 있다(Kurpas, Mroczek, Sitko, Helicka & Kuchar, 2015). 특히 자신의 건강 상태에 대한 만족도가 낮은 만성질환자는 만족도가 높은 환자에 비해 입원 가능성이 약 5배 이상 높은 것으로 보고되어 신체 영역에서의 삶의 질이 만성질환자의 입원 가능성을 예측하는 주요 요인으로 작용함을 알 수 있다(Kurpas et al., 2015). 이와 더불어 의료서비스의 과도한 이용이 만성질환자 삶의 만족도와 질을 저하시킬 수 있는 것으로 나타나(Jakobsson, Kristensson, Hallberg & Midlöv, 2011; Kurpas et al., 2015) 삶의 만족도와 의료서비스 이용 간의 관계는 양방향성이 있음을 유추할 수 있으므로 이에 대한 반복적인 연구가 진행될 필요성이 있다.

중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 초깃값과 변화율에 영향을 미치는 요인은 상이하였으나 초깃값에 공통적으로 영향을 미치는 요인은 주관적 계층의식, 우울 수준, 만성질환 개수, 일상생활 수행능력, 통증 수준이었으며, 변화율에 영향을 미치는 공통요인은 통증 수준인 것으로 확인되었다.

주관적 계층의식이 높을수록 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용 초깃값은 낮았으며, 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 초깃값은 높은 것으로 나타났다. 특히 주관적 계층의식은 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 변화율에는 영향을 미치지 않아 초기 격차가 그대로 유지되는 것으로 분석되었다. 주관적 계층의식이란 일련의 순서상에서 주관적으로 인식하는 자신의 사회경제적 계층을 의미하며, 개인이 속한 계층을 스스로 추정하는 심리적 계층의식이 사회계층의 분류 기준으로 중요해지면서 계층의 주관적 측면이 강조되고 있다(유계숙, 양다연, 정백, 2019; De Vogli, 2004). 개인의 사회경제적 요인에 따라 건강 증진을 위한 행동에 차이가 있는 것으로 보고되

며 주관적 계층의식이 건강에 영향을 미치는 중요한 요인인 것으로 확인되었다(최윤정, 2018; De Vogli, 2004). 주관적 계층의식이 높은 중고령 만성질환자는 건강 증진 행동을 할 가능성이 높으므로 초기 의료서비스 이용 수준이 낮으며, 자신의 건강 상태를 더 긍정적으로 인식하게 된다. 반면, 낮은 사회적 지위는 물질적 조건의 결핍뿐만 아니라 자신의 삶을 통제하고 사회에 완전히 참여할 수 있는 기회의 감소로 이어지게 되어(De Vogli, 2004) 삶의 만족도 저하에도 지속적으로 영향을 미친다. 본 연구에서는 의료서비스 이용의 변화율에 있어 주관적 계층의식이 높을수록 시간의 경과에 따라 의료서비스 이용 횟수가 더 빠르게 증가하는 것으로 나타났는데, 이를 다각적인 측면에서 해석할 필요성이 있다. 즉, 주관적 계층의식이 높은 중고령 만성질환자의 초기 의료서비스 이용 횟수가 매우 적어 상대적으로 증가폭이 더 크게 나타난 것으로 해석할 수 있는 한편, 주관적 계층의식이 높은 중고령 만성질환자가 건강을 증진시키기 위한 행동을 더 많이 하므로 자신의 건강 상태에 더 민감하게 반응하여 의료서비스 이용이 빠르게 증가하는 것으로도 해석할 수 있다.

중고령 만성질환자의 우울 수준이 높을수록 의료서비스 이용 초깃값은 높았으며, 주관적 건강 상태와 삶의 만족도는 낮은 것으로 나타났다. 변화율에 있어 우울 수준이 높은 중고령 만성질환자는 시간이 흐를수록 의료서비스 이용 증가폭이 더 컸으며, 삶의 만족도의 증가폭은 둔화되는 것으로 확인되어 우울 수준이 중고령 만성질환자의 삶의 질을 결정하는 주요한 요인임을 알 수 있다. 우울증 유병률은 비당뇨병 환자보다 당뇨병 환자에서 더 높고(Lee & Lee, 2014), 만성질환을 가진 노인이 비만성질환군에 비하여 우울증에 걸릴 위험이 더 높은 것으로 알려져 있다(Chang-Quan, Xue-Mei, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, & Qing-Xiu, 2010). 우울 수준이 높은 중고령 만성질환자는 우울 수준이 낮은 경우에 비하여 전반적인 주관적 건강 상태를 부정적으로 인지하게 되며, 그 격차는 지속되는 것으로 여겨진다. 심각한 우울 증상의 존재는 건강 위험 행동에 관여할 가능성을 증가시켜 복합만성질환의 발병에 기여할 수 있으며, 동시에 복합만성질환자는 복합만성질환이 없는 경우에 비하여 우울 장애의 위험이 2배 더 높아진다(Read, Sharpe, Modini & Dear, 2017). 이에 복합 이환을 예방하고 의료비 감소와 건강 상태에 대한 긍정적인 인식을 증진하기 위하여 중고령 만성질환자의 우울 증상 관리에 주목할 필요가 있다.

이환된 만성질환 개수가 많을수록 초기 의료서비스 이용은 높고 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 초깃값은 낮았으며, 시간의 경과에 따른 변화율에는 유의한 영향을 미치지 않아 초기 격차가 그대로 유지되는 것으로 나타났다. 이는 만성질환의 개수가 복합만성질환자의 의료서비스 이용과 건강 상태 및 삶의 만족도 저하에 직결되는 것을 의미하므로 중고령자의 만성질환 진단 유무 자체도 중요하지만 복합만성질환자의 삶 자체에도 관심을 기울일 필요가 있음을 유추할 수 있다. 복합만성질환의 유병률은 40대부터 70대까지 급격히 증가하다가 이후 안정기에 도달하는 S자형의 곡선 형태를 보인다(Fortin, Stewart, Poitras, Almirall & Maddocks, 2012). 즉, 인구 고령화에 비례하여 복합만성질환의 유병률도 증가하는 양상을 보이고 있으며, 이에 따른 질병부담도 증가하고 있는 추세이므로(김창훈, 황인경, 유원섭, 2014) 이환된 만성질환이 많은 중고령 만성질환자의 의료비 이용 횟수가 지속적으로 높아지는 것으로 나타난 본 연구 결과를 뒷받침한다. 또한, 단일 만성질환자에 비하여 3~4개 이상의 동반 질환을 가진 환자는 신체적 영역뿐만 아니라 심리·사회적 영역의 삶의 질이 유의하게 감소되는 것으로 밝혀져(Fortin, Lapointe, Hudon, Vanasse, Ntetu & Maltais, 2004) 본 연구와 맥락을 같이하고 있다. 현재 시행되는 대다수의 보건의료정책은 고혈압·당뇨병·심뇌혈관질환 정책 등과 같이 단일 질환 중심의 만성질환 관리 프레임으로 이루어져 있으며, 보건의료체계도 이에 따라 구성되어 있다. 하지만 복합만성질환자를 중심으로 하는 관리가 이루어져야 할 필요가 있으므로 질병 중심이 아닌 사람 중심의 통합적 접근으로서 프레임 전환이 이루어져야 하며, 이를 통해 중고령 복합만성질환자의 건강 상태와 삶의 만족도 증진을 아우르는 전반적인 건강 관련 삶의 질 향상을 도모할 필요가 있다.

중고령 만성질환자의 일상생활 수행능력이 어려울수록 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 초깃값이 낮았다. 변화율에 있어 일상생활에 타인의 도움이 필요할수록 의료서비스 이용과 삶의 만족도 증가폭은 둔화된 반면, 주관적 건강 상태에는 유의한 영향을 미치지 않아 초깃값의 격차가 조사기간 동안 유지되는 것으로 나타났다. 의료서비스를 이용한다는 것은 일상생활 수행능력과 직결되는 것으로서 일상생활을 수행할 능력이 저하된 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용 횟수가 낮은 것은 이동성의 제한으로 인한 것임을 유추할 수 있다. 보건의료체계의 접근성을 나타내는 미충족 의료는 대상자가 적절한 시기에 치료를 받지 못하게 되어 질

병의 중증도와 합병증이 발생할 가능성이 높아지므로 질병의 예후도 나빠질 수 있어 만성질환자에게 중요한 개념이다(조순영, 이인식, 박보현, 2016). 특히 노년층에서는 복합만성질환의 유형 중 근골격계 질환의 포함 여부가 건강 관련 삶의 질에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고(조순영 외, 2016), 신체 활동은 정신건강과 삶의 질을 증진시키므로 일상생활 수행의 제한은 삶의 만족도 저하와 낮은 증가폭에 영향을 미치는 것으로 보인다.

통증 수준은 초깃값과 변화율 모두에 공통적으로 영향을 미치는 요인으로 확인되어 중고령 만성질환자에게 통증은 중요한 요인임을 알 수 있다. 본 연구에서는 통증 수준이 높을수록 초기 의료서비스 이용 횟수가 높았으며, 조사기간 동안 증가폭은 둔화되는 것으로 나타났는데 이에 대한 해석에 주의해야 할 것으로 여겨진다. 즉, 통증 수준이 높을수록 의료서비스 이용의 증가폭이 낮아진다는 의미보다는 초기 이용 횟수가 너무 높아 상대적으로 그 증가폭이 상대적으로 낮아지는 것으로 해석할 필요가 있다. 또한, 통증 수준이 높을수록 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 초깃값이 낮았으며, 변화율에 있어서는 통증이 심할수록 주관적 건강 상태의 감소추세가 더 빨랐던 반면, 삶의 만족도는 더 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 즉, 통증 수준은 자신의 건강 상태를 반영하는 가장 기본적인 지표로서 지속되는 통증은 자신의 건강을 부정적으로 인지하게 되는 주요한 요인임을 알 수 있다. 통증 수준과 삶의 만족도 변화율을 해석함에 있어 본 연구에서 삶의 만족도를 측정항목의 구성을 살펴볼 필요성이 있다. 본 연구에서는 삶의 만족도를 자신의 건강 상태, 경제 상태 및 전반적인 삶의 질에 대한 만족도를 통해 확인하였는데, 통증 수준이 높을수록 본 연구의 내생변수인 주관적 건강 상태가 시간 경과에 따라 감소한다는 점을 고려하면 자신의 건강 상태에 대한 만족도는 시간이 흐름에 따라 감소하는 경향을 보일 수 있음을 유추할 수 있다. 따라서 통증 수준이 높은 중고령 만성질환자의 삶의 만족도에 있어 경제 상태에 대한 만족도가 중요한 역할을 한다는 것을 파악할 수 있다. 이는 경제활동에 참여하는 만성질환 노인이 참여하지 않는 노인에 비하여 주관적 건강 상태가 악화되더라도 삶의 만족도의 감소 폭은 약한 것으로 나타난 연구 결과와 일치하는 것으로(이성은, 2012) 중고령 만성질환자에게 경제활동 참여의 중요성이 강조됨을 알 수 있다. 본 연구 결과에 따르면 경제활동에 참여할수록 중고령 만성질환자의 주관적 건강 상태와 삶의 만족도 초깃값이 높았고, 조사

기간 동안 초깃값의 격차가 유지되는 것으로 나타났다. 만성질환자의 경우 질병으로 인한 취약성으로 자신의 능력에 대하여 부정적인 견해를 가질 확률이 높으며, 특히 고령일수록 자신의 건강 상태를 더욱 나쁘게 평가하여 경제활동에 참여하지 않게 된다(이성은, 2012). 경제활동 참여는 건강 상태가 전반적인 삶의 만족도에 미치는 영향을 조절하는 주요한 요인므로 중고령 만성질환자의 경제활동을 장려하기 위한 다각적 측면에서 노력이 이루어져야 한다.

본 연구는 제4단계 앤더슨 행동모델을 바탕으로 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도 변화궤적을 파악하고 변화궤적 간의 상호관계와 변수별 변화궤적의 영향요인을 분석하였다는 점에서 의의가 있다. 또한, 전국적인 대표성을 지니고 있는 고령화연구패널조사 자료를 사용한 잠재성장모형 분석을 통해 중고령 만성질환자의 건강 관련 삶의 질을 증진하기 위한 중재 방안을 모색함에 있어 이론적 기초를 마련하였다. 그러나 본 연구는 패널 데이터 특성으로 인하여 민간보험 가입 여부, 입원횟수 및 입원일수 등 변화궤적에 영향을 미치는 다양한 요인을 분석에 포함하지 못하였으며, 외생변수를 영향요인에 투입함에 있어 5차연도 시점만을 기준으로 하였기에 외생변수의 시간 경과에 따른 변화를 설명하지 못하였다는 한계가 있다. 또한, 자가보고 형식으로 이루어진 설문으로 인하여 응답자가 실제에 비하여 과장되거나 축소하여 응답할 가능성이 있으므로 본 연구 결과를 일반화함에 있어 고려해야 하므로 본 연구의 제한점을 보완하여 반복적인 후속 연구가 진행될 필요성이 있다.

## V. 결론

본 연구는 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도 변화궤적과 변화궤적 간의 상호관계를 파악하고, 변화궤적에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 한국고용정보원에서 실시한 고령화연구패널조사의 5차연도부터 7차연도까지의 자료를 통합하여 분석하였다. 다변량 잠재성장모형 분석 결과, 시간의 경과에 따라 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용과 삶의 만족도는 유의하게 증가하는 양상을 보인 반면, 주관적 건강 상태는 유의하게 감소하는 양상을 보였으며 조사기간 동안 개인 간 격차가 줄어들어 평균화되는 경향이 있는 것으로 나타났다. 변화궤적의 상호관계에

있어서 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태 및 삶의 만족도의 초깃값과 변화율 간에는 유의한 부적관계가 있었으며, 삶의 만족도 초깃값과 의료서비스 이용 변화율 간에도 유의한 부적 관계가 있는 것으로 확인되었다. 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도 변화곡선에 영향을 미치는 요인은 변수별로 차이가 있었으나 초깃값에 공통적으로 영향을 미치는 요인은 주관적 계층의식, 우울 수준, 만성질환 개수, 일상생활 수행능력 및 통증 수준이었으며, 변화율에 영향을 미치는 공통요인은 통증 수준인 것으로 나타났다. 또한, 경제활동에 참여하는 중고령 만성질환자는 초기 주관적 건강 상태와 삶의 만족도를 긍정적으로 인식하였으나 변화율에는 유의한 차이가 없어 경제활동 참여 여부에 따른 초기 격차가 조사기간 동안 유지되는 것으로 확인되었다. 본 연구 결과에 의하면 의료서비스 이용, 주관적 건강 상태, 삶의 만족도는 시간의 경과에 따라 상호 관련성이 있는 것으로 확인되었다. 또한, 현재 우리나라의 고령화 진행 속도를 고려할 때, 중고령 만성질환자의 의료서비스 이용은 급속히 증가할 것으로 예측되며, 이는 개인적 측면과 더불어 사회적 측면의 변화를

가져오게 된다. 이에 중고령 만성질환자의 의료부담을 완화시키고 건강 관련 삶의 질을 향상시키기 위한 정책적 접근을 위하여 의료서비스 이용의 사회적 결정요인을 확인할 필요가 있다.

## 이해관계

이해관계 상충에 관해 명시할 내용이 없음.

안중근은 고려대학교 간호대학에서 석사학위를 받았으며, 서울대학교 간호대학에서 정신간호학 박사과정을 수료하였다. 주요 관심 분야는 기분장애 및 문제음주자의 회복, 지역사회 정신건강, 시뮬레이션 연구이며, 현재 가상현실 기반 시뮬레이션 연구를 진행 중이다.  
(E-mail: jgahn@snu.ac.kr)

최희승은 University of Texas at Houston Health Science Center에서 석·박사학위를 받았으며, 서울대학교 간호대학에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 청소년 정신건강, 지역사회 정신건강, 자살 예방, 간호교육이며, 현재 테크놀로지 기반 간호사 대상 의사소통 교육 연구를 진행 중이다.  
(E-mail: hchoi20@snu.ac.kr)

## 참고문헌

- 강상경. (2010). 노년기 외래의료서비스 이용 궤적 및 예측요인: 연령 차이를 중심으로. *한국사회복지학*, 62(3), pp.83-108. <https://doi.org/10.20970/kasw.2010.62.3.004>
- 김창훈, 황인경, 유원섭. (2014). 복합만성질환의 흔한 유형과 의료비에 미치는 영향. *보건행정학회지*, 24(3), pp.219-227. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2014.24.3.219>
- 보건복지부. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 3차 개정. [http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0406vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=030406&page=1&CONT\\_SEQ=364061](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0406vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=030406&page=1&CONT_SEQ=364061)에서 2022. 11. 25. 인출.
- 심수진. (2018). 노인의 삶의 만족도에 대한 기초연구. [http://kostat.go.kr/sri/srikor/srikor\\_pbl/6/1/index.board?bmode=read&Seq=371290&pageNo=11&rowNum=10&amSeq=&Target=&Txt=](http://kostat.go.kr/sri/srikor/srikor_pbl/6/1/index.board?bmode=read&Seq=371290&pageNo=11&rowNum=10&amSeq=&Target=&Txt=)에서 2022. 11. 25. 인출.
- 우종필. (2016). 우종필 교수의 구조방정식모델 개념과 이해. 서울: 한나레이카데미.
- 유계숙, 양다연, 정백. (2019). 주관적 사회계층 인식이 상대적 박탈감과 주관적 안녕감에 미치는 영향: 수저담론 기반 귀속의식의 실증 분석 연구. *Family and Environment Research*, 57(3), pp. 329-340. <https://doi.org/10.6115/fer.2019.024>
- 유재남. (2015). 중고령자 주관적 건강상태와 삶의 만족도의 종단분석. *노인복지연구*, 68, pp.331-356. <https://doi.org/10.21194/kjgsw..68.201506.331>
- 이성은. (2012). 만성질환 노인의 주관적 건강상태와 생활만족도의 관계에서 경제활동참여의 조절효과. *정신건강과 사회복지*, 40(1), pp.234-262.
- 이원식. (2018). 의료서비스 이용에 대한 종단연구. *사회복지정책*, 45(2), pp.5-37. <https://doi.org/10.15855/swp.2018.45.2.5>
- 이현숙, 염영희. (2017). 패널데이터를 이용한 노인의 의료서비스 이용, 의료비 지출, 건강성과의 발달궤적 및 연령차에 관한 연구. *보건사회연구*, 37(2), pp.287-324. <https://doi.org/10.15709/hswr.2017.37.2.287>
- 전해숙, 강상경. (2011). 노년기 의료서비스 이용이 삶의 만족도에 미치는 영향: 만성질환 유무의 조절효과를 중심으로. *한국노년학*, 31(4), pp.1247-1263.
- 조경숙. (2021). 우리나라 만성질환의 발생과 관리 현황: 주간 건강과 질병, 14(4), pp.166-177.
- 조순영, 이인숙, 박보현. (2016). 청장년층과 노년층 복합만성질환자의 건강 관련 삶의질영향요인: 2013 년 한국의료패널조사 자료활용. *지역사회간호학회지*, 27(4), pp.358-369. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.4.358>
- 질병관리청. (2021. 1. 26.). 2020년 만성질환 현황과 이슈. [https://www.kdca.go.kr/gallery.es?mid=a20503020000&bid=0003&act=view&list\\_no=144928](https://www.kdca.go.kr/gallery.es?mid=a20503020000&bid=0003&act=view&list_no=144928)에서 2022. 11. 25. 인출.
- 최윤정. (2018). 노인의 주관적 계층의식이 삶의 만족에 미치는 영향: 우울 매개효과를 중심으로. *한국산학기술학회 논문지*, 19(6), pp.209-218. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.6.209>
- 허원구. (2017). 노인의 삶의 만족도 발달궤적과 건강특성요인. *사회복지정책*, 44(2), pp.297-318. <https://doi.org/10.15855/swp.2017.44.2.297>
- Aishvarya, S., Maniam, T., Karuthan, C., Sidi, H., Jaafar, N. R. N., & Oei, T. P. S. (2014). Psychometric properties and validation of the Satisfaction with Life Scale in psychiatric and medical outpatients in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*, 55, pp.S101-S106. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.010>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, pp.1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Arbuckle, J. L., Marcoulides, G. A., & Schumacker, R. E. (1996). Full information estimation in the presence of incomplete data. *Advanced structural equation modeling: Issues and techniques*. New York: Psychology Press.
- Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., & Mattos, M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Quality of Life Research*, 21, pp.527-534. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z>
- Bollen, K. A., & Curran, P. J. (2006). *Latent curve models: A structural equation perspective*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and ageing*, 39(1), pp.23-30. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp187>
- De Vogli, R. (2004). Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy. *Bmj*, 329(7462), pp.408. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7462.408>
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L.,



- & Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), pp.1-12. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-51>
- Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M. E., Almirall, J., & Maddocks, H. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *The Annals of Family Medicine*, 10(2), pp.142-151. <https://doi.org/10.1370/afm.1337>
- Ge, L., Ong, R., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2019). Effects of chronic diseases on health-related quality of life and self-rated health among three adult age groups. *Nursing & health sciences*, 21(2), pp.214-222. <https://doi.org/10.1111/nhs.12585>
- Helliwell, J. F., Huang, H., Wang, S., & Norton, M. (2020). Social environments for world happiness. *World happiness report*, 2020(1), pp.13-45.
- Jakobsson, U., Kristensson, J., Hallberg, I. R., & Midlöv, P. (2011). Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: an explorative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), pp.290-294. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.04.016>
- Kilzieh, N., Rastam, S., Maziak, W., & Ward, K. D. (2008). Comorbidity of depression with chronic diseases: a population-based study in Aleppo, Syria. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(2), pp.169-184. <https://doi.org/10.2190/PM.38.2.d>
- Kim, S. (2018). The Relationship Between Self-assessed Health Condition and Depression Trajectory of Older Adults with Chronic Diseases. *Korean Journal of Social Welfare Research*, 59, pp.31-59. <https://doi.org/10.17997/SWRY.59.1.2>
- Kim, S. Y., & Sok, S. R. (2012). Relationships among the perceived health status, family support and life satisfaction of older Korean adults. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), pp.325-331. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02050.x>
- Kurpas, D., Mroczek, B., Sitko, Z., Helicka, D., & Kuchar, E. (2015). Quality of life and health care utilization in patients with chronic respiratory diseases. *Environment Exposure to Pollutants*, 834, pp.63-74. [https://doi.org/10.1007/5584\\_2014\\_46](https://doi.org/10.1007/5584_2014_46)
- Lee, H. K., & Lee, S. H. (2014). Depression, diabetes, and healthcare utilization: results from the Korean longitudinal study of aging (KLoSA). *Iranian journal of public health*, 43(1), pp.6-15.
- OECD. (2022). *OECD Health Statistics 2022*. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)에서 2022. 11. 25. 인출.
- Puyat, J. H., Kazanjian, A., Wong, H., & Goldner, E. (2017). Comorbid chronic general health conditions and depression care: a population-based analysis. *Psychiatric services*, 68(9), pp.907-915. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600309>
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 221, pp.36-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>
- Siboni, F. S., Alimoradi, Z., Atashi, V., Alipour, M., & Khatooni, M. (2019). Quality of life in different chronic diseases and its related factors. *International journal of preventive medicine*, 10, pp.1-8. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_429\\_17](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_429_17)
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *Journal of community health*, 33, pp.40-50. <https://doi.org/10.1007/s10900-007-9066-4>
- Tamayo-Fonseca, N., Nolasco, A., Quesada, J. A., Pereyra-Zamora, P., Melchor, I., Moncho, J., ... & Barona, C. (2015). Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: a longitudinal study. *BMC health services research*, 15, pp.1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1158-8>
- van Gerwen, M., Alsen, M., Little, C., Barlow, J., Genden, E., Naymagon, L., & Tremblay, D. (2021). Risk factors and outcomes of COVID-19 in New York City: a retrospective cohort study. *Journal of medical virology*, 93(2), pp.907-915. <https://doi.org/10.1002/jmv.26337>
- Wang, S. Q., Ying, J., Zhang, M. L., Shi, Y., Li, Y., Xing, Z. J., ... & Sun, J. (2018). Health-related life satisfaction and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Japan*

*Journal of Nursing Science*, 15(4), pp.285-297. <https://doi.org/10.1111/jjns.12201>

*country profiles 2018*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>에서 2022. 11. 25. 인출.

World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*

# The Trajectories and Determinants of Medical Service Utilization, Subjective Health Status, and Life Satisfaction in Middle-Aged and Elderly People with Chronic Disease

Ahn, Junggeun<sup>1</sup> | Choi, Heeseung<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Seoul National University

---

## Abstract

This study aimed to identify the trajectory of changes in medical service utilization, subjective health status, and life satisfaction of middle-aged and elderly people with chronic diseases and examine the determinants. Using data from the 5th to the 7th years of the Korean Longitudinal Study of Ageing, 3,873 people aged over 45 who were diagnosed with chronic diseases were studied. Multivariate latent growth model analysis was conducted to verify the patterns, interrelationships, and determinants of the trajectory of changes. The medical service utilization and life satisfaction of middle-aged and elderly people with chronic diseases showed a significant increase over time, while subjective health status showed a significant decrease. The common determinants of the initial values of medical service utilization, subjective health status, and life satisfaction were subjective class consciousness, the depression level, the pain level, the number of chronic diseases, and the activities of daily living (ADL). The common determinant of the rate of change was the degree of pain. The determinants of trajectory change are diverse, and in particular, participation in economic activities continuously increases subjective health status and life satisfaction. Therefore, in order to improve the quality of life of middle-aged and elderly people suffering from chronic diseases, multifaceted interventions are needed.

**Keywords:** Aged, Chronic Disease, Middle-Aged, Latent Growth Model, Longitudinal Studies